

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ДОСТИЖЕНИЯ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ, КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ

Материалы 67-ой научной сессии сотрудников университета

2-3 февраля 2012 года

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431-52.82я431
Д 70

Редактор:

Профессор, доктор медицинских наук В.П. Дейкало

Заместитель редактора:

доцент, кандидат медицинских наук С.А. Сушков

Редакционный совет:

Профессор В.Я. Бекиш, д.ф.н. Г.Н. Бузук, профессор В.С. Глушанко, профессор С.Н. Занько, профессор В.И. Козловский, профессор Н.Ю. Коневалова, д.п.н. З.С. Кунцевич, профессор Н.Г. Луд, д.м.н. Л.М. Немцов, профессор М.А. Никольский, профессор В.И. Новикова, профессор В.П. Подпалов, профессор М.Г. Сачек, профессор В.М. Семенов, профессор А.Н. Щупакова, доцент Ю.В. Алексеенко, доцент С.А. Кабанова, доцент Л.Е. Криштопов, доцент С.П. Кулик, доцент П.С. Васильков, доцент И.А. Флоряну.

Д 70 Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации.
Материалы 67-й научной сессии сотрудников университета. – Витебск:
ВГМУ, 2012. – 521 с.

ISBN 978-985-466-518-4

Представленные в рецензируемом сборнике материалы посвящены проблемам биологии, медицины, фармации, организации здравоохранения, а также вопросам социально-гуманитарных наук, физической культуры и высшей школы. Включены статьи ведущих и молодых ученых ВГМУ и специалистов практического здравоохранения.

УДК 616+615.1+378
ББК 5Я431+52.82я431

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2012

ISBN 978-985-466-518-4

стем организма. Полученные данные обосновывают необходимость создания комплексных высокоэффективных диагностических, профилактических и терапевтических стратегий у данной категории пациенток.

Литература:

1. Айламазян, Э. К. Влияние оперативного лечения на качество жизни гинекологических больных / Э. К. Айламазян, И. Ю. Васильева // Журн. акуш. и жен. бол. – 2003. – Т. LII. – Вып. 3. – С. 4–8.
2. Доброхотова, Ю. Э. Гистерэктомия в репродуктивном возрасте (системные изменения в организме женщины и методы их коррекции): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ю.Э. Доброхотова. – М., 2000. – 32 с.
3. Дуда, В. И. Перименопауза. Актуальные вопросы искусственного и естественного вариантов: монография / В. И. Дуда. – Мн.: БелМАПО, 2005. – 288с.
4. Коррекция метаболических нарушений у женщин перименопаузального периода / Н. К. Черейская [и др.] // Вестн. Рос. ассоц. акушеров-гинекологов. – 1999. – № 3. – С. 98-99.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ЦЕРЕБРАЛЬНОГО КРОВОТОКА У НОВОРОЖДЕННЫХ В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Клишо В.Е.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Актуальность. Среди многих факторов, повреждающих головной мозг новорожденных, особо следует выделить гипоксию, как универсальный повреждающий агент [1, 2]. Асфиксия, регистрируемая у новорожденных, очень часто является лишь продолжением гипоксии, начавшейся еще во внутриутробном периоде. Статистика репродуктивных потерь весьма убедительно свидетельствует об этом. Внутриматочная гипоксия и гипоксия в родах, обусловленная нарушениями маточно-плацентарного кровообращения, в 38,45% случаев является причиной перинатальной смертности, а в 59,04% – причиной мертворождений. В 72,4% случаев гипоксия и асфиксия становятся главными причинами гибели плода в родах или в раннем неонатальном периоде [1, 3].

Головной мозг новорожденных принципиально отличается от мозга взрослых как по активности реакции на гипоксию, так и по потенциалу компенсаторных возможностей. Обращает на себя внимание существенная разница между доношенными и недоношенными детьми по характеру возникающих нозологических форм неврологических расстройств. [2, 4, 5].

Современные методы визуализации дают возможность оценить макроструктуру мозгового вещества, наличие или отсутствие пороков развития, размеры и форму ликворных пространств [5].

Целью исследования явилось изучение церебральной гемодинамики у новорожденных и определение взаимосвязи между клиническим проявлением заболевания и нарушениями, диагностируемыми во время обследования.

Материалы и методы: Нами обследовано 100 детей. Изучались данные анамнеза, исследовался неврологический статус, проводилась нейросонография с доплерометрией мозгового кровотока.

Эхографическое обследование новорожденным проводилось с помощью ультразвукового прибора

Sonoline Versa Plus фирмы “Siemens”. Для нейросонографии использовали конвексный датчик 5МГц. Для определения степени перинатальных кровоизлияний у новорожденных детей использовалась классификация Levene M.J., Crespihy L. Ch. (1983), в основу которой положены ультразвуковые признаки распространенности кровоизлияния и реакции на него желудочковой системы мозга. Для определения степени тяжести перивентрикулярной лейкомаляции использовали классификацию de Vries L.S., 1994, основанную на ультрасонографических признаках.

Результаты и обсуждение. При проведении ультразвукового исследования головного мозга установлено, что у 50% обследованных новорожденных имеют место структурные нарушения последнего. При этом в 11% случаев они заключаются в деструктивных процессах в белом веществе головного мозга, а в 39% – проявляются в виде перинатальных кровоизлияний.

Детям со структурными нарушениями в головном мозге проведена доплерометрия мозгового кровотока и определено, что у пациентов с деструктивными процессами в мозговой ткани определяется повышение ИР в бассейне передней и средней мозговых артерий выше возрастной нормы, а у новорожденных с выявленными перинатальными кровоизлияниями – снижение.

Выводы:

При перинатальных повреждениях центральной нервной системы у новорожденных детей имеет место качественное изменение мозгового кровотока, которое характеризует структурные нарушения головного мозга.

При обнаружении у новорожденных в ходе проведения доплерометрии мозгового кровотока повышения индексов резистентности передней и средней мозговых артерий необходимо проводить

нейропротекторную терапию даже при отсутствии УЗИ признаков деструкции мозговой ткани, так как рост этих показателей является ранним диагностическим критерием разрушения вещества головного мозга.

При выявлении снижения индексов резистентности передней и средней мозговых артерий, при проведении доплерометрии мозгового кровотока, и отсутствии УЗИ признаков внутримозговых кровоизлияний показано назначение антигеморрагической терапии, так как снижение этих показателей является ранним диагностическим признаком перинатальной трикуляризации кровоизлияний.

Литература:

1. Белоусова, Т.В. Перинатальные поражения центральной нервной системы у новорожденных: методические рекомендации / Т.В. Белоусова, Л.А. Ряжина. – СПб.: ООО «ИПК «КОСТА», 2010. – 96 с.
2. Шанько, Г. Г. Частота и характер структурных изменений головного мозга новорожденных с судорогами при энцефалопатии и родовой черепно-мозговой травме / Г. Г. Шанько, Е. А. Улезко // Достижения медицинской науки Беларуси: Рец. науч.-практ. ежегод. – Минск: ГУРНМБ, 2004. – Вып. 9. – С. 162—163.
3. Зубарева, Е.А. Клиническая нейросонография новорожденных и детей раннего возраста / Е.А.Зубарева, Л.Ю. Неежко. – Клин. руководство по УЗИ, т3. М.: Видар, 1997. – С. 9 – 24.
4. Микитин, Ю.М. Ультразвуковая доплерография в диагностике поражений магистральных артерий головы и основания мозга: учебное пособие / Ю.М. Микитин – М.: институт неврологии РАМН. АО «Спектрмед», 1995. – 46 с.
5. Шахнович, А.Р. Диагностика нарушений мозгового кровообращения, транскраниальная доплерография. // А.Р. Шахнович, В.А. Шахнович – М., 1996. – 30 с.

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ НОВОРОЖДЕННЫХ С ПОЗДНИМ НАЧАЛОМ

Козлова Е.Н., Пчельников Ю.В., Матвеев В.А.

УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

Нарушения гемостаза являются одной из важных причин тяжелой, в том числе летальной патологии у детей первых месяцев жизни. К моменту рождения ребенка все факторы свертывающей и противосвертывающей систем находятся в состоянии динамического равновесия, но на ином, чем у взрослых, уровне. Можно выделить 4 группы факторов по их соответствию содержанию и активности факторов свертывания детей старшего возраста и взрослых [1,2]:

I. Соответствуют содержанию и активности у взрослых – V фактор, VIII фактор и количество тромбоцитов;

II. Соответствуют содержанию у взрослых, но отличаются структурой и функциональной активностью – фетальные фибриноген и плазминоген;

III. Составляют от 30 до 50 процентов от содержания и активности у взрослых – II, VII, IX, X, XI, XII, XIII факторы, антитромбин III, протеины C и S, максимальная амплитуда агрегации тромбоцитов;

IV. Превышают содержание или активность у взрослых – фактор Виллебранда, уровень растворимых фибрин-мономерных комплексов (РФМК).

Наибольшее снижение уровня факторов свертывания и подъем содержания РФМК отмечается на 3-5 сутки жизни, становление «взрослого» варианта гемостатического баланса происходит к 1-2 месяцам жизни. Даже у здоровых новорожденных имеется ряд особенностей системы гемостаза, предрасполагающих к возникновению кровотечений:

- повышение проницаемости и ломкости сосуди-

стой стенки, снижение активности простациклинов сосудистой стенки;

- нарушение белковосинтетической функции печени в сочетании с относительным дефицитом витамина К (плохо проникает через плаценту);

- снижение уровня факторов протромбинового комплекса (витамины К зависимые факторы свертывания крови — II, VII, IX, X) в течение первых 2— 5 дней жизни;

- повышение активности фибринолиза (особенно в сосудах герминативного матрикса);

- увеличение концентрации гепарина в крови.

У здоровых доношенных детей указанные особенности не приводят к развитию кровотечений и исчезают в первые недели жизни. В то же время, в ряде случаев отмечается более позднее становление гемостатического баланса, чреватое развитием опасных для жизни кровотечений. Указанная патология, получившая название геморрагической болезни новорожденных, представляет собой преимущественно К-витаминодефицитный синдром. Недостаток витамин-К-зависимых факторов свертывания (II, VII, IX и X) чаще развивается при недоношенности, задержке внутриутробного развития, тяжелом гестозе матери, гемолитической болезни, ВУИ. Геморрагический синдром, как правило, проявляется на 2-4 день жизни, однако в некоторых случаях развивается значительно позже: на 2-8 неделе от рождения (до 6 мес) и носит название поздней геморрагической болезни новорожденных (ГрБН).